III. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem

od dnia 1 kwietnia 1905 do dnia 1 kwietnia 1906

przez

Dr. Kazimierza Dłuskiego

KRAKÓW
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem J. Filipowskiego
1906.

III. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 1 kwietnia 1905 do d. 1 kwietnia 1906 r.

Ułożył

dr Kazimierz Dłuski.

Pozwalamy sobie podać do publicznej wiadomości trzecie z rzędu sprawozdanie z działalności Sanatoryum. Z przyczyn od nas niezależnych pojawia się ono w druku później od poprzednich. Sądzimy, że wzbudzi ono pewne zajęcie, jak i dawniejsze, nietylko wśród lekarzy polskich, lecz i wśród szerszej publiczności, gdyż działalność Zakładu dotyka zblizka najistotniejszej sprawy całego ogółu i każdej jednostki — zdrowia.

Ogólna liczba chorych w tym okresie wynosi 267 osób. Z tej liczby na Polaków przypada 244, na Rosyan 19, na inne narodowości 4 (1 Kroat, 1 Węgier i 2 Niemki). Ogólna liczba dni leczenia wynosi 23581; średnio na jednego chorego wypada 88,5 dni.

W tablicy, zawierającej wyniki leczenia, umieściliśmy tylko 229 chorych, strącając z ogólnej liczby (267) chorych 38, a mianowicie:

1) 28, których leczenie trwało mniej niż 30 dni, co stanowi czas minimalny dla wyrobienia sobie pojęcia o możliwych skutkach leczenia.

2) 9, którzy w dniu 1 kwietnia 1906 r. nie leczyli się jeszcze całych 30 dni w Sanatoryum.

3) nakoniec 1 »profilaktyk«.

Zaznaczyć tu wypada, że w ogólnej liczbie 229 chorych, będących przedmiotem naszego sprawozdania, mamy 24 osoby, które leczyły się w Sanatoryum po raz drugi i 4 osoby, które leczyły się po raz trzeci.

Metoda lecznicza, jaką wyłącznie się posługujemy od chwili otwarcia Sanatoryum, została stworzona przez Brehmera i Dettweilera i wydoskonalona przez ich szkołę. Do żadnych środków swoistych dotąd nie uciekaliśmy się. Jeszcze raz powtórzymy to, co już zaznaczyliśmy w poprzednich sprawozdaniach, że środki te nie są jeszcze dostatecznie wypróbowane. Dość powołać się na różnicę poglądów, jakie się przejawiły na ostatnim paryskim zjeździe, gdzie różne tuberkuliny lub surowice: Kocha, Denysa, Marmorka i innych, były kolejno zalecane, jako najlepsze środki w walce z gruźlicą, lub na świeżą monografię takiej powagi, jak prof. Sahli z Berna, który dowodzi, że wszelkie używane dotąd metody wstrzykiwania tuberkuliny Kocha i innych oparte były na błędnych zasadach i mogły przynieść chorym więcej szkody, niż pożytku. Sam zaś Sahli poleca tuberkulinę prof. Beranecka z Neuchatelu, ale w dawkowaniu znacznie mniejszem i ostrożniejszem[1]). Wobec tylu sporów w tej sprawie należy zachowywać się ostrożnie i nie poddawać chorych niepewnym próbom. Wychodząc z zasady: *primum non nocere*, pozostajemy dotąd na gruncie wyłącznego stosowania metody higieniczno-dyetetycznej, mającej za sobą pół wieku doświadczenia, obfitego w skutki, równie niezaprzeczalne, jak doniosłe pod względem lekarskim i społecznym. Liczby nasze dowodzą, że uzyskane u nas wyniki lecznicze są zupełnie zadowalniające[2]).

Mówić obszerniej o metodzie Brehmera-Dettweilera, jako powszechnie znanej, nie będziemy. Streszcza ją w ogólnych zarysach znany specyalista prof. Penzold w swej pracy »Behandlung der Lungentuberkulose« w następujący sposób: Środka swoistego, na podobieństwo rtęci w przymiocie, dla leczenia gruźlicy płuc nie posiadamy. Za najlepszy środek wedle zdania wszystkich, w sprawie leczenia gruźlicy doświadczonych lekarzy uważaną być musi metoda higieniczno-dyetetyczna. Obmyślona i zastosowana naprzód przez Brehmera, wydoskonalona przez Dettweilera, Drivera i innych, opartą została, zwłaszcza przez niemiecką szkołę, na podstawie leczenia w zamkniętych

---

[1]) Über Tuberkulinbehandlung, Basel 1906.

[2]) Oprócz powszechnie używanych w gruźlicy leków, stosownie do rożnych jej objawów, posługiwaliśmy się dla zwalczania niedokrwistości przetworami żelaza, dla podniesienia stanu ogólnego wstrzykiwaniami arsykodylu (w znacznej większości przypadków z dodatnim skutkiem), a także przetworami odżywczymi (somatoza, sanatogen i t. d.). Przeciw gruźlicy krtani stosowaliśmy 10 prc. oliwę mentolową, rozczyn Lugola, ortoform i t. d. i t. d. Dodajmy jeszcze, że przy bólach i kłuciu w suchem zapaleniu opłucnej robiliśmy naświetlania światłem fioletowem i mieliśmy bardzo zadowalniające wyniki w tych przypadkach, gdzie wszelkie inne zewnętrzne środki były bezskuteczne.

zakładach, w sanatoryach, jako jedynie dających pewność dokładnego jej wykonania. Polega ona, w krótkich słowach, na obfitem odżywianiu, jak najszerszem używaniu świeżego powietrza, spokoju i dokładnie oznaczonej ilości ruchu, hartowaniu ciała, wpływie psychicznym i unikaniu wszelkich szkodliwych dla zdrowia czynników«.

Metodę tę, wedle naszych sił i środków, staramy się stosować jak najlepiej dla dobra chorych. A więc dajemy im pożywienie zdrowe i obfite, składające się z 6 posiłków dziennie, oraz mleka na żądanie, co wynosi 1½ litra na chorego dziennie. Oczywiście w układaniu pokarmów liczymy się bardzo z czynnościami trawienia, podlegającemi, jak wiadomo, w przebiegu gruźlicy płuc częstym zaburzeniom. Odpowiednia dyeta w połączeniu z klimatycznem leczeniem niejednokrotnie dają w krótkim czasie pomyślne wyniki, bez stosowania żadnych szczególnych leków. Naruszone czynności powracają do stanu prawidłowego, chory zaś, który się uskarżał na rozmaite dolegliwości żołądkowe i jelitowe, zaczyna w krótkim przeciągu czasu czuć się zupełnie dobrze i odżywiać, bez szczególnego wyboru pokarmów, w sposób prawidłowy.

Przy stałem używaniu świeżego powietrza uwzględnienie wielkiego spokoju, oraz dokładne oznaczenie ilości ruchu ma swe wielkie uzasadnienie w tem, że chorzy na gruźlicę bardzo łatwo tracą równowagę ciepłoty. Stosownie do stanu płuc i do pewnej wrażliwości nerwowej, ściśle związanej z samą istotą gruźlicy, chory bardzo łatwo ulega wzniesieniom ciepłoty, które ujemnie wpływają na przebieg leczenia.

Zgodnie więc z praktyką, wyrobioną w sanatoryach zachodnio-europejskich, spędzają chorzy w różnych odstępach czasu 6 godzin na leżeniu na werandach. Oprocz tego chorzy z ciepłotą prawidłową i przy dobrym stanie sił mają 2—3 godzin przechadzki w tych godzinach, w których nie leżą na werandach. Przechadzki jednak, pod nadzorem lekarskim, zaczynają się od krótkich 10—15-minutowych 2—3 razy dziennie i po równym terenie, zwłaszcza dla chorych, którzy świeżo do zakładu przybyli i jeszcze do wysokogórskiego klimatu się nie przyzwyczaili. Dopiero po dokładniejszem zapoznaniu się z chorym i przy należytem ocenieniu jego sił, dozwolone są przechadzki coraz dalsze i po ścieżkach z coraz większem wzniesieniem w parku zakładowym lub dalej poza jego granicami. Uważamy taki sposób postępowania za odpowiedni, gdyż chorzy niejednokrotnie przeceniają swe siły, zaś nadmiar ruchu często przynosi im szkodę, narażając na zbytnie zmęczenie lub wywołując powikłania niepożądane dla płuc lub opłucnej. Oczywiście chorzy gorączkujący leżą w łóżku aż do odzyskania prawidłowej ciepłoty i przy zezwalaniu na spacery są przedmiotem szczególnej ostrożności.

Nie mając innego »swoistego leku« bezpośrednio dla płuc, jak świeże powietrze, staramy się, aby chorzy korzystali z niego

w jak najszerszych granicach, nietylko we dnie, lecz i w nocy, sypiając, stosownie do stanu pogody, przy otwartych całych oknach lub górnych szybach. Choć nie mogliśmy przeprowadzić obowiązkowego leżenia na werandach w godzinach wieczornych, jak to się dzieje w sanatoryach niemieckich, z tego powodu, iż Polacy z trudnością nałamują się do karności sanatoryalnej, a tembardziej do nudnego z natury swej leżenia na werandach — szczególniej ludzie przywykli do czynnego życia — jednak wielu chorych korzysta z tego »nieobowiązkowego« leżenia na werandach, zwłaszcza podczas sprzyjającej pogody, i nietylko latem, lecz i zimą.

Celem zahartowania ciała i większego uodpornienia ustroju stosujemy nacierania wodą z wyskokiem lub czystą, jeżeli nie ma szczególnych przeciwwskazań. Chorzy z małymi wyjątkami znoszą je dobrze, lubią i odczuwają w krótkim przeciągu czasu dodatnie ich skutki, w pierwszym rzędzie większą wytrzymałość na zmiany ciepłoty. U chorych, nie mających skłonności do krwioplucia, a posiadających większą odporność, stosujemy z kolei natryski, z obniżającą się w ciągu 20—30 sekund ciepłotą od 35°—10° C.

Liczba chorych, która korzystała z nacierań, wynosi 173, z natrysków 41. Ale leczenie klimatyczne nie kończy się na używaniu świeżego powietrza, obfitem odżywianiu i hartowaniu ciała. Wszystko to dotyczy osoby fizycznej człowieka i sprawności poszczególnych części jego ustroju. Tutaj już zadanie lekarza jest bardzo złożone i wymaga ciągłej, nieustającej czujności, aby chorego uchronić od wszelkich szkodliwych czynników, na które, przy swej zwykłej lekkomyślności, tak łatwo może się narazić. Chodzi jeszcze o wpływ psychiczny, który słusznie podkreśla Penzold, — wpływ tak niezmiernie ważny, a nie zawsze w sanatoryach dostatecznie uwzględniony. Zbyteczna mówić, jak już u zdrowego człowieka stan psychiczny, odbijając się w pierwszym rzędzie na nerwach, wpływa przez nie na takie ważne czynności ustroju, jak łaknienie i trawienie z jednej, a sen z drugie strony. A cóż dopiero u chorego na gruźlicę, który przez samą chorobę jest w stanie ciągłego napięcia nerwowego i przez lada błahą przyczynę może być z równowagi psychicznej wytrącony. Tutaj zadanie lekarza jest jeszcze mozolniejsze. Mając na swem sumieniu odpowiedzialność za pomyślny przebieg leczenia chorego, powinien znać dokładnie całe psychiczne »ja« chorego, wejść we wszystkie tajniki jego dręczonej nędzą cielesną duszy, zrozumieć dążenia i pragnienia, odczuć jego bole i radości, a wtedy zdoła zadzierzgnąć silny węzeł spójni, dający mu wielki wpływ na chorego. Z taką bronią w ręku dokona wiele. — Zadanie trudne. — Jeśli przysłowie o beczce soli stosuje się do człowieka zdrowego, to cóż powiedzieć o chorym, który z natury rzeczy jest skrytszym, podejrzliwszym, wrażliwszym, którego warunki życia są przez chorobę często w sposób bardzo przykry pogma-

twane, a życie samo na czas dłuższy lub krótszy wykolejone. Tutaj ma się do czynienia z jednostką nieprawidłową, która, aby uzyskać jak najwięcej pożytku z leczenia, powinna być w stanie możliwie najprawidłowszym. Więc obowiązkiem lekarza jest oddziaływać ciągle na chorego tak, aby wszystkie nieprawidłowości jak najbardziej łagodzić, aby nie dopuszczać go do stanów zniechęcenia lub zwątpienia, podtrzymywać w nim stale wiarę w wyleczenie, jednem słowem utrzymywać go ciągle w równowadze duchowej. Wymaga to ze strony lekarza przedewszystkiem serdecznego zajęcia się stanem zdrowia i całą osobą chorego, a następnie dużej siły woli, wielkiej cierpliwości i wyrozumiałości. Przy takich warunkach zadanie, acz trudne, jest rozwiązalnem i rozwiązanem być musi.

Obok strony psychicznej uwzględnioną jest strona umysłowa chorych. Jestto z tego względu ważne, że zakład nasz, położony wśród czystego wiejskiego i leśnego powietrza, zdala od wszelkiego ogniska kulturalnego, daje największą gwarancyę pod względem higienicznym, ale czyni życie chorych jednostajnem i nudnem. Dla zaspokojenia swych potrzeb umysłowych mają na miejscu czytelnię i bibliotekę, zaopatrzone w sporą ilość pism i dzieł. Od czasu do czasu na scenie miejscowego teatrzyku odbywają się przedstawienia trup krakowskich lub lwowskich, koncerty przejezdnych artystów, wreszcie sami chorzy (oczywiście najsilniejsi) urządzają pod nadzorem lekarskim przedstawienia amatorskie, budzące zwykle wielkie zajęcie wśród całego grona leczących się. Tym sposobem chory, który na początku leczenia skarży się na ciężkie nowe warunki, na odcięcie go od rodziny i zwykłych zajęć, powoli przywyka do zakładu, do regularnego karnego trybu życia i wraca do równowagi psychicznej, a to wszystko wpływa dodatnio na cały przebieg leczenia.

Leczenie zamknęliśmy w ramach liczb, które objaśniają najważniejsze szczegóły jego wyników. Należy się więc szereg wyjaśnień, aby wszystkie szczegóły dokładnie scharakteryzować.

Zaczniemy od obciążenia dziedzicznego. Już w poprzednich sprawozdaniach mówiliśmy, że nie wywiera ono wielkiego wpływu na przebieg i wyniki leczenia. Liczba obecna chorych, wolnych od wszelkiego obciążenia dziedzicznego, wynosi przeszło 51 prc., a więc jest nieco wyższą niższą w II. sprawozdaniu (48 prc.), w każdym razie znacznie niższą od liczby w I. sprawozdaniu (68 prc.).

Z kolei przechodzimy do wieku chorych, który w sprawie gruźlicy posiada pewną prawidłowość stale powtarzających się zjawisk, w związku z warunkami biologicznymi i socyologicznymi współczesnego życia, a więc posiada pierwszorzędne znaczenie.

Tutaj liczby są niemal zupełnie zgodne z liczbami z poprzednich lat. Liczba chorych w wieku 20—30 lat stanowi 46 prc. ogółu; na okres 30—40 lat przypada przeszło 25 prc., razem więc przeszło 71 prc.

Teraz przechodzimy do ostatecznych wyników leczenia, czyli do poprawy zdrowia naszych chorych. Tutaj zauważyć musimy, że, jak w poprzednich naszych sprawozdaniach, nie używamy określenia »wyleczenie«, gdyż od otwarcia sanatoryum nie upłynęło jeszcze całych 4 lat; czas więc zbyt krótki, aby mówić o pewnych i trwałych wynikach. Natomiast możemy śmiało mówić o poprawie, dającej się łatwo stwierdzić i sprawdzić. Rozróżniamy dwojaką poprawę: względną, czyli poprawę stanu ogólnego z zachowaniem tegosamego stanu w płucach, i poprawę wyraźną, gdzie przy podniesieniu najważniejszych czynności ustroju, spostrzegamy stopniowo idącą poprawę w płucach, dającą się uwidocznić zapomocą fizycznego badania, jak też i na podstawie podmiotowych objawów u chorego.

Wedle przyjętego zwyczaju dzielimy chorych zgodnie z podziałem Turbana na 3 okresy, aby tym sposobem przedstawić wyraźniej i szczegółowiej wyniki lecznicze. Już wspominaliśmy dawniej, że podział ten, mający za podstawę rozległość zmian w płucach bez uwzględnienia innych czynników, jest jednostronny, ale w braku lepszego, uważamy go, jako szemat kliniczny, za wystarczający. Otóż, jak nam wskazuje tablica II, uzyskaliśmy wyraźną poprawę u 155 chorych, co stanowi przeszło 67 prc. ogółu, względną u 29 chorych, czyli niemal u 13 prc. ogółu, razem około 80 prc. Ogólny wynik ten sam, co w poprzednich dwóch sprawozdaniach, ale w szczegółach przedstawia się pomyślniej, jak to poniżej zobaczymy. Zauważmy nadto, iż na 55 chorych w III okresie mamy wyraźną i względną poprawę u 26 osób, czyli przeszło 47 prc.

Z kolei przechodzimy do różnych szczegółów, objaśniających poprawę stanu ogólnego i miejscowego. Co się tyczy pierwszego, dotkniemy przyrostu wagi, który u poszczególnego chorego, mając na względzie osobną kategoryę gruźliczych, opisanych przez francuskich klinicystów pod nazwą *phtisiques gras*, nie może być ostatecznym dowodem poprawy, jednak przy większej ilości jest jej wymownym wyrazem. — Z liczb naszych wypada przyrost wagi u 167 chorych, co stanowi prawie 75 prc. ogółu; obliczony na 100 dni leczenia przyrost u jednego chorego wynosi średnio 7,6 kg. przyczem *minimum* wynosi 0,6 kg., *maximum* 22 kg. U 41 chorych przyrost wynosił 10 kg. i wyżej.

Z drugiej strony u 12 osób nastąpił ubytek wagi, średnio 2,7 kg.; *minimum* 0,5 kg. *maximum* 7,1 kg. Dodajmy do tego, że u 29 chorych waga pozostała bez zmiany; nieznana zaś u 21 chorych, którzy przez cały czas leczenia leżeli w łóżku.

Następnie wypada poruszyć inne znamienne objawy poprawy. Mamy na myśli w pierwszym rzędzie: ustąpienie gorączki i zniknięcie prątków Kocha w przebiegu leczenia. Z liczby 77 chorych, którzy przybyli do sanatoryum z gorączką, straciło ją podczas leczenia 24, czyli 31 prc. Jest to wynik gorszy, niż w poprzednich 2 sprawozdaniach (41 prc. i 48 prc.); natomiast

mamy wyraźnie lepszy wynik co do prątków Kocha, które znikły zupełnie u 29 chorych na 126, czyli u 23 prc., gdy poprzednio zniknięcie to nastąpiło u 11 prc. i 14 prc.

Teraz przechodzimy do krwioplucia i krwotoków. Już w poprzednich sprawozdaniach zatrzymywaliśmy się obszerniej nad tą sprawą z tego powodu, iż klimat wysokogórski bywa uważany z góry za szkodliwy w takich razach, bez bliższego uwzględnienia stanu ogólnego i stanu miejscowego w płucach. Dość powiedzieć, że ktoś pluł krwią, aby usłyszeć nieuzasadnione zdanie, że już to samo jest przeciwwskazaniem do leczenia się w wysokogórskim klimacie. Pozwolimy sobie raz jeszcze przypomnieć statystykę prof. Eggera, dotyczącą 1613 chorych, leczonych w Arosie na wysokości 1850 metrów, wśród których krwotoki nastąpiły po raz pierwszy tylko u 2,5 prc. ogółu chorych. Statystyka ta jest zupełnie zgodna z naszą, gdyż na 157 chorych, którzy w wywiadach nie mieli ani krwioplucia, ani krwotoków, pokazały się one po raz pierwszy w sanatoryum u 3 chorych, czyli u 2 prc. Natomiast z liczby 72 chorych, którzy mieli krwotoki przed przybyciem do zakładu, powtórzyły się one u 18 (25 prc.), a nie pokazały się ani razu u 75 prc. Dodajmy do tego, że niektórzy chorzy właśnie z powodu obfitych krwotoków byli wysłani do zakładu i tu doznali znakomitej poprawy. Liczby te i fakty są dość wymowne i nie potrzebują żadnych objaśnień.

Również z góry przesądzanym bywa wpływ klimatu wysokogórskiego w stosunku do gruźlicy krtani. Często słyszy się zdanie, że kto jest dotknięty tem powikłaniem, powinien starannie unikać gór i leczyć się w ciepłym, a najlepiej w ciepłym morskim klimacie (Riviera). Nie ulega wątpliwości, że są takie postacie gruźlicy krtani, które nie nadają się do leczenia w górach i zamiast poprawy doznają pogorszenia. Ale to samo można powiedzieć o gruźlicy płuc wogóle. Stwarzać zaś ogólną regułę, że klimat wysokogórski działa szkodliwie w tym kierunku, jest błędem, stwierdzonym faktami. Nietylko w Zakopanem, lecz i w Davos, położonem o 500 m. wyżej, widzimy bardzo dodatnie wyniki przy stosowaniu miejscowem zwykłych środków odkażających, pod warunkiem jednakże, aby ogólny stan chorego się poprawił. Widzieliśmy już tutaj bardzo ciężkie wypadki owrzodzeń gruźliczych (powiedzmy nawiasem u chorych, przysłanych przez bardzo znanych naszych laryngologów), które doznały znakomitej poprawy. Widzieliśmy z drugiej strony lekkie przypadki, które pozostawały bez zmiany. Mieliśmy 29 chorych, dotkniętych gruźlicą krtani. W tej liczbie 3 pogorszenia, 8 bez zmiany, a 18 mniejszych lub większych polepszeń, co stanowi 62 prc. Ogólny wynik jest więc zupełnie zadowalniający.

Z kolei wymienić winniśmy inne ważne powikłania, któreśmy spostrzegali w ciągu leczenia, a mianowicie: nieżyt jelit przyrody gruźliczej (11 przypadków), cukrzyca (1), ropień płuca

(1), dychawica oskrzelowa (2), odma opłucna, (4), gruźlicze zapalenie otrzewnej (2), wysięki opłucne (3), białkomocz (1), ropne zapalenie ucha środkowego (4), ropne zapalenie wyrostka robaczkowego z nast. ropniem podprzeponowym (1).

Wspominamy wreszcie o spostrzeżeniach, przytoczonych w poprzednich sprawozdaniach, a dotyczących usadowienia się głównych ognisk gruźliczych w prawem płucu z tyłu od grzebienia do połowy łopatki i w lewem z przodu w II. i III. międzyżebrzu. Ogniska te w obecnem sprawozdaniu wynoszą niemal 18 prc., — nieco większą od zeszłorocznej (15 prc.), — i odznaczają się temi samemi właściwościami. Wyprzedzają one pojawienie się sprawy w szczytach, lub istnieją samodzielnie przy szczytach niezajętych, odznaczają się większem natężeniem, skłonnością do rozpadu, wreszcie, w razie pomyślnego przebiegu sprawy mniejszą skłonnością do poprawy w porównaniu ze szczytami. Gdzie leży przyczyna tego zjawiska, zwłaszcza co się tyczy II. i III. międzyżebrza, odpowiedzieć dokładnie trudno. Dotykamy nakoniec sprawy suchego zapalenia opłucnej, które jak wiadomo, często się zdarza w przebiegu gruźlicy. W danym razie zwraca na siebie uwagę szczególnemi cechami, które już podkreśliliśmy dawniej i które zaznaczamy obecnie, jako znamienne z tego względu, że ogniska te częstokroć zjawiały się nawet w płucu zdrowem, odznaczały się wybitną przelotnością (tarcie i ból np. znikały w ciągu kilku godzin), szybko zmieniały miejsce, czasem zaś pojawiały się bez żadnych podmiotowych objawów i można je było wykryć dopiero zapomocą bardzo drobiazgowego badania. Takie znamienne suche zapalenie opłucnej spostrzegaliśmy u 12 prc. chorych.

Z porównania niniejszego sprawozdania z poprzedniem możemy wysnuć wniosek, iż wyniki lecznicze obecne są pomyślniejsze.

Popatrzmy na liczby. W III. okresie mamy wprawdzie obecnie 24 prc. ogółu chorych, gdy poprzednio mieliśmy tylko 18 prc., z drugiej jednak strony mamy wśród tej najcięższej kategoryi chorych 47 prc. ogółu polepszeń, przyczem wyraźna poprawa stanowi 36 prc., gdy dawniej mieliśmy 44 prc. polepszeń z wyraźną poprawą, wynoszącą 28 prc. Wynik więc lepszy i z tego względu dla nas ważny, że rzadziej, niż poprzednio, przyjeżdżają, — bądź z porady lekarskiej, bądź z własnego popędu, — do zakładu chorzy w rozpaczliwym stanie zdrowia. W tym kierunku prowadzimy nieustanną propagandę zarówno wśród publiczności, jak też wśród lekarzy, wskazując na szkodę i materyalną i moralną, jaka wynika dla chorego i jego rodziny, gdy chory ten bez żadnych widoków wyleczenia przyjeżdża do zakładu poto tylko, aby tam umrzeć. Przypadki takie, gdzie przywożą chorych nawpół żywych, są coraz rzadsze. Mamy nadzieję, że zgodnie z interesami chorych, nie mówiąc już o interesach zakładu, będą coraz rzadsze.

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1 kwietnia 1905 do 1 kwietnia 1906 r.

Narodowość		Płeć	Wiek lat	Wiek osób	Pochodzenie		Liczba dni leczenia		
Polacy . . .	243	mężczyźni 143, kobiety 124	1—10	1	Warszawa . . .	28	2399	Średnia pobytu jednego chorego w Sanatoryum 88,5.	
Rosyanie. . .	19		10—20	40	Królestwo . . .	69	6986		
Inne narodowości . . .	5		20—30	116	Litwa, Wołyń, Podole, Ukraina, Rosya	68	5161		Opuściło Sanatoryum
			30—40	68					osób 194
			40—50	29					zmarło 4
			50—60	12					pozostaje w leczeniu 69
			> 60	1	Galicya	92	8135		Razem 267
					Ks. Poznańskie i Śląsk pruski	6	480		
					Inne	4	420		
Razem	267			267		267	23581		

TABLICA II.

Wyniki leczenia 229 chorych za czas od 1 kwietnia 1905 do 1 kwietnia 1906 r.

Płeć	Wiek chorych lata	Wiek chorych ? osób	Obciążenie dziedziczne rodzaj*)	Obciążenie dziedziczne ? osób	Gorączka	Prątki Kocha	Waga obliczona na 100 dni		Wyniki leczenia okresy	poprawa wyr.	poprawa wzgl.	poprawa bez zmiany	pogorszenie	śmierć
mężczyźni 126, kobiety 103	1—10	1	0¹	49	przyjechało z gorączką osób 77; wyjechało » » 53; przyjechało bez gorączki osób 152; wyjechało » » » 176	przyjechało z prątkami osób 126; wyjechało » » 97; przyjechało bez prątków » 103; wyjechało » » 132	167 osób przybrało średnio 7,6 kg.; 12 osób straciło średnio 2,75 kg.; 29 osób bez zmiany.; 21 osób waga nieznana.	Ogólna liczba dni leczenia 22921. Średnia liczba dni leczenia na osobę 100.	75 osób I. okresu	65	9	1		
	10—20	31	0²	8					99 osób II. okresu	70	14	10	5	
	20—30	105	0	55					55 osób III. okresu	20	6	5	20	4
	30—40	60	bez	117					razem osób 229	155	29	16	25	4
	40—50	28												
	50—60	8												
	> 60	1												
229		229												

*) 0¹ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców, — 0² oznacza obciążenie dziedziczne ze strony obojga rodziców, — 0 oznacza obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Dr K. Dłuski.

Ale te liczbowe lepsze wyniki dotyczą nietylko chorych III. okresu, odnoszą się one do całego ogółu. Choć ogólna liczba polepszeń wynosiła i wynosi okrągło 80 prc., — liczbę wcale pokaźną — lecz teraz wyraźna poprawa wynosi 67 prc., gdy poprzednio wynosiła tylko 63 prc. Różnica wprawdzie niewielka, ale w każdym razie w bilansie leczenia stoi po stronie »ma«. Pod tą samą rubryką możemy zapisać nieco większy średni przyrost wagi, a co najważniejsza, spostrzegamy pokaźną już różnicę w zniknięciu laseczników Kocha pod wpływem leczenia. W poprzednich dwóch sprawozdaniach zniknięcie to wynosiło 11 prc. i 14 prc., obecnie zaś podniosło się do 23 prc.

Streszczając wszystkie szczegóły naszego sprawozdania, dochodzimy do pewnych ogólnych wniosków. Materyał kliniczny coraz lepszy, a więc przy stosowaniu niezmiennem tej samej metody wśród tych samych warunków klimatycznych i higienicznych wyniki leczenia muszą być lepsze. Jest to okoliczność bardzo pocieszająca. Pozwala ona przypuszczać, że zakład nasz odpowiada swemu zadaniu, że jest instytucyą pożyteczną i to z tego powodu, że przeznaczonym jest dla tej kategoryi chorych, którzy, mając widoki poprawy zdrowia, mogą być wróceni jako pożyteczne jednostki społeczeństwu. Wprawdzie wybór klimatu dla każdego z chorych i dla poszczególnych postaci gruźlicy jest rzeczą bardzo trudną i tylko spostrzeganie chorego, baczne śledzenie całego przebiegu jego choroby może doprowadzić do określonych wniosków, które niejednokrotnie zadają kłam pierwszym wrażeniom, opartym na początkowem, choćby i najbardziej dokładnem badaniu. Ale ta trudność maleje, skoro chodzi o ogólne wskazania dla ogółu chorych. Otóż materyał kliniczny, którym obecnie rozporządzamy — (zacząwszy od listopada 1902 r. do kwietnia 1906 r. 690 chorych) — pozwala nam na określenie pewnych ogólnych zasad. Do leczenia klimatycznego nadają się przedewszystkiem chorzy z niewielkiemi zmianami w płucach, w dobrym stanie odżywienia i z ciepłotą prawidłową, jednem słowem początkujące postacie gruźlicy. W takim razie klimat wysokogórski, podnosząc rozmaite podupadłe czynności ustroju, wywiera bardzo wyraźnie wpływ znakomity, częstokroć w krótkim przeciągu czasu. Ale nawet chorzy z gorączką, towarzyszącą rozleglejszym zmianom w płucach, doznają niejednokrotnie poprawy, pod warunkiem, aby ustrój nie był wyczerpany przez chorobę, aby najważniejsze czynności ustroju, jak łaknienie i trawienie, nie były ostatecznie zrujnowane, aby ustrój ten miał jeszcze dostateczny zapas sił do walki z zarazkiem i wyrządzonemi przez niego szkodami. W takich razach wyniki bywają zwykle zadowalniające. Natomiast nie może nawet być mowy o leczeniu w tych przypadkach, w których przy rozległych i głębokich zmianach w płucach są powikłania w zakresie jelit i nerek, gdzie ustrój jest podminowany u swych posad przez trawiącą go gorączkę wyniszczającą i jednocześnie zupełnie wyczerpany

przez niemożność odżywiania. Wtedy wysokogórski klimat działa bez wątpienia ujemnie. Ustrój, niezdolny do żywszej wymiany materyi, jakiej wymaga od niego podniecające górskie powietrze, jeszcze prędzej się wyczerpuje i pada szybciej w nierównej walce z wrogiem. Bardzo jest pożądane, aby te ogólne wskazania lecznicze były należycie rozważane i zrozumiane. Leży to zarówno w interesie chorych, jak i Zakładu. Chory przyjeżdża do Zakładu dla jedynego celu, dla odzyskania zdrowia, ale powinien mieć warunki potemu; skoro zaś ich nie ma, Zakład nie może dać tego, co jest niepodobieństwem. Trzeba jasno zdać sobie sprawę z tego, że wysokogórskie powietrze, mając pierwszorzędne zalety lecznicze dla całej kategoryi chorych, o których wyżej wspominaliśmy, jest wprost szkodliwe dla innych. Trzeba należycie ocenić jego rolę i znaczenie. Tymczasem od klimatu naszego wymaga się rzeczy niemożliwych, aby ratował chorych, których nic już uratować nie może, aby dawał zdrowie tym, którzy już stoją u progu śmierci. Przesada, pochodząca z przeceniania czynników klimatycznych, która w błędnem rozumieniu rzeczy prowadzi do zgoła fałszywego wniosku, że po wyczerpaniu wszelkich środków pozostaje jedyne wyjście dla chorego: Zakopane. Tymczasem rzecz ma się wręcz przeciwnie.

Z drugiej strony widzimy krańcową przesadę w przeciwnym kierunku. Klimat tutejszy zostaje odartym ryczałtowo ze wszelkich zalet, pozbawionym bezkrytycznie wszelkiego znaczenia leczniczego, wszelkich cech dodatnich dla chorych. Choć składowe jego czynniki mogą być lub są zupełnie takiesame, jak klimatu wysokogórskiego na zachodzie, to klimat zachodni zawsze jest rzekomo lepszy, bo nie jest swojski, lecz zagraniczny. I tu czytamy cały akt oskarżenia przeciw Zakopanemu, że powietrze jest za ostre, że wilgoć na wiosnę lub w jesieni jest znacznie dolegliwsza, niż na nizinach, że wreszcie halne wiatry czynią stały pobyt tu niemożliwym. — Istotnie powietrze jest ostre w porównaniu z nizinami i to stanowi jego ważną zaletę, którą trzeba należycie ocenić, a wtedy można ją w odpowiedni sposób wyzyskać dla chorych. Jest i może być ono za ostre, ale nie samo przez się, lecz w stosunku do danej kategoryi chorych, i wtedy trzeba go unikać. Że nie jest wilgotniejsze na wiosnę lub w jesieni, niż w dolinach, tego dowodzić zbyteczna, gdyż przy stale mniejszem ciśnieniu jest zawsze suchsze, z tem zastrzeżeniem, że stopień wilgotności względnej waha się pod wpływem ciepła, prężności pary i innych czynników nietylko w różnych porach roku, ale w ciągu miesiąca, tygodnia i dnia. Co się tyczy halnych wiatrów, występujących w wybujałej wyobraźni w postaci postrachu dla chorych, nie ulega wątpliwości, iż stanowią one przeszkodę w leżeniu na werandach, ale działającą bardzo krótko, gdyż średnio wiatry te panują wedle meteorologicznych spostrzeżeń ledwo kilkanaście dni w roku. Tak krótki czas uniemożliwienia leżenia na werandach, wobec tego, że wogóle powietrze

tu jest spokojne, nie może wpływać na ogólny przebieg leczenia. Więc z czynnikiem tym z punktu widzenia wskazań leczniczych liczyć się poważnie nie należy. Jest to już zadaniem miejscowych lekarzy w Sanatoryum chronić chorych od wszelkich szkodliwych czynników wogóle, a tem samem i od halnych wiatrów.

Streszczając raz jeszcze w kilku słowach wszystko, wyżej powiedziane, ośmielamy się przypuszczać, że Sanatoryum, jako placówka w walce z gruźlicą, stara się spełnić swe społeczne zadanie w miarę swych sił i środków. Dopomaga mu w tem zaufanie, jakie stopniowo zdobywa wśród ogółu naszego społeczeństwa, dzięki poparciu ze strony lekarzy polskich, a także dzięki dodatnim wynikom leczniczym, które coraz więcej dochodzą do wiadomości szerokich warstw publiczności. Zaufanie to będzie bodźcem dla dalszej pracy i zachętą do wytrwania na trudnem stanowisku. Tylko w takich warunkach praca może być prawdziwie owocną i pożyteczną. Sanatoryum połączone jest ścisłym węzłem moralnych interesów z całem społeczeństwem. W tej harmonii leży gwarancya jego rozwoju dla pożytku naszego kraju.

Osobne odbicie z »Przeglądu lekarskiego« 1906. Nr. 39—40.

Kraków. 1906. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.